



**REPUBLIQUE DU NIGER**

*Fraternité-Travail-Progrès*



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL INTEGRE DE  
PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES  
MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES  
PNLMNT**



Mars 2012

## PREFACE



Avec l'élaboration du présent Plan Stratégique

National de Prévention et de Lutte contre les MNT, le Ministère de la Santé Publique s'est résolument engagé dans la prévention et la lutte contre les Maladies Non Transmissibles, qui constituent aujourd'hui un réel problème de santé publique au Niger.

L'importance de ces affections chroniques fait actuellement l'objet d'intérêt croissant et de grande préoccupation au niveau mondial, comme l'atteste la tenue au Siège des Nations Unies du Sommet de haut niveau des Chefs d'États et de Gouvernements sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, à New York les 19 et 20 septembre 2011.

Au Niger, bien que la situation sanitaire soit fortement marquée par la prédominance des maladies transmissibles, les maladies non transmissibles dites chroniques, comme le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle, les affections respiratoires chroniques gagnent du terrain. En effet, selon l'enquête « STEPS » sur les facteurs de risque de ces maladies et la prévalence de l'hypertension artérielle et du Diabète au Niger de décembre 2007, il ressort les prévalences suivantes chez les adultes : hypertension artérielle : 21,2 %; diabète : 4,3 %; surcharge pondérale : 26,5 %; et fumeurs de tabac : 4,9 %.

Ainsi, compte tenu du fardeau que les maladies non transmissibles font peser sur la santé et l'économie de nos laborieuses populations, la volonté des autorités politiques à lutter effectivement contre ces maladies a été maintes fois exprimée à travers notamment la Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre du 16 juin 2011, le document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SDRP) et le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015).

Dans ce sens, un certain nombre de mesures concrètes ont été prises, pour lutter efficacement contre les maladies non transmissibles, dont entre autres :

- La mise en place du registre de cancer depuis 1992 ;
- La ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte Anti-tabac (CCLAT) en 2005 ;
- L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N°2006-12 du 15 mai 2006 relative à la lutte antitabac et son décret d'application N°2008-223/PRN/MSP du 17 Juillet 2008 ;
- L'adoption du Décret N°261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé. Ces prestations concernent : les consultations après le dépistage, les examens, les soins y compris la radiothérapie, l'hospitalisation, les actes médicaux et chirurgicaux, les médicaments, les actes de contrôle et de suivi ;
- L'organisation de campagnes de dépistage précoce et de prise en charge des cancers ;
- La construction en partenariat avec l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) du Centre national de lutte contre le cancer ;
- L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N° 2011-16 du 08 août 2011, portant création d'un Etablissement public à caractère administratif dénommé «Centre National de Lutte contre leCancer » ;
- La prise de l'arrêté N° 000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012 portant création, organisation et attributions du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT).

L'élaboration du présent plan stratégique national de prévention et de lutte contre les Maladies Non Transmissibles, vient compléter ces actions.

La mise en œuvre de ce plan nécessite absolument une mobilisation de ressources additionnelles, une synergie d'actions et un renforcement continu de notre système de santé. A cet effet, sous la haute direction du **Président de la République, Chef de l'Etat, Son Excellence ISSOUFOU MAHAMADOU**, des efforts importants dans le cadre de l'intégration et la multisectorialité sont en train d'être menés.

Les principaux facteurs de risque qui contribuent à l'augmentation de l'incidence des Maladies Non Transmissibles étant bien connus à savoir le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, la consommation abusive d'alcool, on dispose aujourd'hui de suffisamment de connaissances sur des interventions efficaces de lutte contre ces maladies. Ces dernières consistent principalement à mettre en œuvre des stratégies d'information et de sensibilisation sur l'adoption de modes de vie plus sains et plus simples et de prévention et de dépistage précoce, ce qui permettra ainsi d'éviter environ un tiers de nouveaux cas.

Pour la mise en œuvre du présent Plan Stratégique 2012-2016, j'invite tous les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé à se joindre à nous pour qu'ensemble nous puissions lutter efficacement et de manière coordonnée contre les Maladies Non Transmissibles.

Ce plan s'adresse également aux décideurs, aux institutions nationales et internationales, aux organisations non gouvernementales, au secteur privé sans oublier le citoyen pour qui, la finalité devra être l'amélioration de la qualité de la vie.

**SOUMANA SANDA**

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

- AIEA** : Agence International de l'Energie Atomique
- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- AVC** : Accident Vasculaire Cerebral
- CCC** : Communication pour un Changement de Comportement
- CTNS** : Conseil Technique National de Santé
- CNS** : Conseil National de Santé
- CSI** : Centre de Santé Intégré
- DRSP** : Direction Régional de la Santé Publique
- DS** : District Sanitaire
- EDS** : Enquête Démographique et Sanitaire
- FID** : Fédération Internationale du Diabète
- HS** : Hôpital de District
- HTA** : Hypertension Artérielle
- HPV** : Human Papilloma Virus
- HNN** : Hôpital National de Niamey
- HNZ** : Hôpital National de Zinder
- IDH** : Indice de Développement Humain
- IEC** : Information Éducation et Communication
- IMC** : Indice de Masse Corporelle
- ISF** : Indice Synthétique de Fécondité
- MNT** : Maladies Non Transmissibles
- MSP** : Ministère de la Santé Publique
- OMD** : Objectifs du Millenium pour le Développement
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernemental
- ONNPPC** : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques

**PAA** : Plan d'Action Annuel

**PDS** : Plan de Développement Sanitaire

**PDS**D : Plan de Développement Sanitaire de District

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PNLMNT** : Programme National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Non Transmissibles

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**PPTE** : Pays Pauvres Très Endettés

**PRN** : Présidence de la République du Niger

**PTF** : Partenaire Technique et Financier

**RGPH** : Recensement Général de la Population Humaine

**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire

**SRP** : Stratégie de la Réduction de la Pauvreté

**SSP** : Soins de Santé Primaire

**STEPS** : Approche par étape de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des MNT

## **RESUME D'ORIENTATION**

Les maladies chroniques non transmissibles (**MNT**) sont des pathologies très répandues dans la région africaine et au Niger. Elles constituent de ce fait un sérieux problème de santé publique pour le développement des États pendant ce XXI<sup>ème</sup> siècle.

Ainsi des affections prioritaires ont été définies sur la base qu'elles représentent une lourde charge (en terme de mortalité, de morbidité et d'incapacité) ; sur la base aussi qu'elles sont à l'origine de dépenses économiques importantes ou de violations des droits de l'homme.

Ces affections prioritaires retenues au Niger sont :

- **Les maladies cardiovasculaires ;**
- **Le cancer ;**
- **Le diabète ;**
- **Les maladies respiratoires chroniques ;**
- **Les maladies mentales et neurologiques ;**
- **La drépanocytose ;**
- **Les maladies buccodentaires et le noma ;**
- **Les violences et traumatismes ;**
- **Les maladies ostéo-articulaires et l'insuffisance rénale.**

Afin de lutter résolument contre ces maladies, le Ministère de la Santé Publique a mis en place un programme intégré dénommé Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT).

L'objectif principal de ce programme est de définir et de mettre en œuvre la politique nationale en matière de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles ciblées au Niger.

La mise en œuvre de la politique nationale en matière de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles se fera à travers le Plan Stratégique National Intégré de Prévention et de Contrôle des Maladies Chroniques Non Transmissibles.

**Les principales orientations stratégiques** de ce plan sont :

- Le développement et la mise en œuvre de politiques multisectorielles visant à prévenir les MNT et à promouvoir des modes de vie sains ;

- Le renforcement des capacités du système national de soins en matière de dépistage et de prise en charge diagnostique et thérapeutique des MNT ;
- Le renforcement de la couverture médicale et la mobilisation des ressources pour prévenir et prendre en charge les MNT ;
- La mise en place d'un cadre normalisé de suivi et d'évaluation des MNT et de leurs facteurs de risque ;
- Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans la lutte contre les MNT;
- Le développement de la recherche-action dans le domaine des MNT.

Ce plan est fondé sur les meilleures données scientifiques et épidémiologiques disponibles tant au niveau national que régional et mondial. Il est basé sur la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions simples, efficaces et efficientes surtout dans le domaine de la prévention, c'est à dire le changement de comportement et du renforcement du système de santé en général. Ces différentes interventions ont été identifiées après une analyse minutieuse de la situation du système de santé en général et des maladies non transmissibles en particulier.

Le succès de la mise en œuvre de ce programme reposera avant tout sur l'engagement politique au plus haut niveau tel que recommandé par la Stratégie Mondiale de Lutte contre les MNT.

Vu la rareté des ressources financières, il faudra développer des stratégies de renforcement du plaidoyer et du partenariat afin de mobiliser des ressources additionnelles. Les ressources pour la prestation des services peuvent être mobilisées à partir de diverses sources, notamment par l'augmentation de la part consacrée à ces affections dans le budget de la santé, la réaffectation de fonds alloués à d'autres affections non prioritaires, la création et l'alimentation d'un fonds social, la taxation de certains produits et certains fonds extérieurs provenant de l'aide au développement, d'institutions bilatérales, multilatérales et des fondations.

Le plan prévoit également un cadre de suivi-évaluation, de la planification et de la mise en œuvre du programme. La sélection d'indicateurs de ressources,

de processus, de résultats et d'efficacité, ainsi que la définition d'outils et de méthodes de mesure, font partie intégrante du processus.

Le présent plan stratégique vise également à établir un partenariat fructueux, à renforcer l'engagement entre les partenaires existants, à attirer et dynamiser de nouveaux partenaires, et à accélérer les efforts et accroître les investissements afin de réduire la charge associée aux MNT.

L'extension des soins est un processus social, politique et institutionnel qui implique divers contributeurs, groupes d'intérêt et organisations. Sa réussite relève de la responsabilité conjointe des gouvernements, des professionnels de la santé, de la société civile, des communautés et des familles, avec l'appui de la communauté internationale.

Document Amélioré

## **INTRODUCTION**

La transition épidémiologique, le vieillissement et le changement du mode de vie des populations ont entraîné une émergence des maladies chroniques non transmissibles. Ces maladies représentent, à l'échelle mondiale, la principale cause de mortalité, tuant chaque année davantage de personnes que l'ensemble des autres causes réunies {x}.

Sur les 57 millions de décès dans le monde en 2008, 36 millions, soit près des deux tiers, ont été dus aux MNT, principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques. 80% des décès se produisent dans les pays à revenu faible comme le Niger.

Dans une large mesure, les MNT sont dues à quatre facteurs de risque comportementaux, omniprésents dans la transition économique, l'urbanisation rapide et les modes de vie au 21<sup>ème</sup> siècle : le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif d'alcool. Malheureusement, les effets nocifs de ces facteurs de risque se font plus sentir dans les pays pauvres et sur des populations les plus démunies, reflétant les déterminants socio-économiques sous-jacents {x}.

La pauvreté expose ces populations à des facteurs de risque comportementaux pour les MNT. En conséquence, si on n'agit pas énergiquement contre l'épidémie des MNT dans les pays et les communautés les plus lourdement affectés, leur impact continuera de croître, compromettant l'objectif mondial de réduire la pauvreté.

Plusieurs interventions efficaces, efficientes et à moindre coût ont été élaborées et prises en compte pour la mise en œuvre du Plan Stratégique. Pour que ces interventions soient efficaces, il faut s'engager et agir dans de multiples secteurs, tant à l'intérieur des pays que dans le cadre des relations entre pays. Cette approche, qui implique l'ensemble des pouvoirs publics, est enchâssée dans les directives et les cadres réglementaires ayant trait aux maladies non transmissibles existants, tels que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Une approche multisectorielle devrait compléter l'engagement des pouvoirs publics dans cette lutte. Des actions incitant à changer les comportements dues à des initiatives de la population

augmentent les chances de succès des interventions. Il importera de respecter les sensibilités culturelles et sociales des communautés de sorte que les actions menées soient adaptées aux cultures et traditions locales.

A mesure que la charge des MNT croît, l'adaptation des systèmes de santé à une prise en charge adéquate des MNT ne peut se faire sans le renforcement de ces systèmes qui les rendra aptes à faire face à l'évolution des problèmes de santé. La prestation des services de santé doit passer des soins intensifs de courte durée à la prévention des maladies et aux traitements et soins palliatifs. Il est donc indispensable d'intégrer la prévention et la prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires. Le renforcement des capacités des personnels de santé, maximisera les possibilités de prévenir, de détecter, de soigner les maladies, de réduire, d'alléger les souffrances des patients et de dispenser des soins de longue durée.

Des actions efficaces sans être coûteuses sont possibles. L'augmentation de la taxation des produits de tabac et de l'alcool, la réduction de la consommation de sel, de graisses animales et de viande rouge, la vulgarisation de la consommation des fruits et légumes, la promotion des activités physiques, la réduction de l'exposition à certains facteurs cancérigènes (fumée du tabac, amiante, cosmétiques, uranium, ...), la vulgarisation de l'utilisation de l'aspirine (dans la prévention de certaines maladies cardiovasculaires) et de la morphine (dans le cadre des soins palliatifs pour soulager la douleur), sont des exemples d'interventions assez efficaces pour justifier d'être menées à large échelle.

Du fait que les MNT font obstacle au développement, il est urgent d'assurer un financement durable de la lutte contre ces maladies.

Compte tenu du « double fardeau » que font de plus en plus peser sur le pays, les maladies non transmissibles et les maladies transmissibles, il conviendrait plutôt d'adapter l'aide extérieure aux modes de prise en charge et aux soins des maladies suivant leur évolution. La réorientation de l'aide extérieure exigera par conséquent que l'on s'intéresse davantage aux modèles de traitement des maladies chroniques qui embrassent le continuum thérapeutique complet.

# **ANALYSE DE LA SITUATION**

## **I. CONTEXTE INTERNATIONAL DES MNT**

En 2008 les MNT principalement les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, ont causé 36 millions de décès dans le monde, 63% de ces décès sont dus à des maladies non transmissibles, dont 25% sont prématurés (moins de 60 ans) et pourraient être évités (*Who estimates 2008*).

Près de 90% des personnes qui meurent prématurément de maladies non transmissibles vivent dans des pays à faibles et moyens revenus. Chaque année, 8,1million de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles surviennent dans les pays en développement.

Selon les prévisions de l'OMS, le total des décès imputables aux maladies non transmissibles augmentera de 17 % dans les 10 prochaines années si aucune stratégie efficace n'est mise en œuvre au niveau des Etats. Les MNT sont pratiquement passées inaperçues dans les pays en développement pour finalement prendre la forme d'une épidémie mondiale. La recrudescence des MNT à l'échelle planétaire fait désormais d'elles, la toute première cause de mortalité. Elles constituent aujourd'hui, un véritable enjeu de santé publique pour nos pays à ressources limitées déjà confrontés à la charge des maladies infectieuses notamment le VIH, le Paludisme et la Tuberculose.

L'Organisation Mondiale de la Santé a mis au point un certain nombre de stratégies pour faire obstacle aux divers facteurs de risque de maladies non transmissibles, elle a également élaboré des outils de surveillance des facteurs de risque, de la morbidité et de la mortalité par les MNT, des paquets d'interventions essentielles. L'adaptation et la mise en œuvre de ces outils dans les pays permettront de prévenir et de réduire la survenue de ces MNT et de leurs facteurs de risque.

## **II. CONTEXTE REGIONAL DES MNT**

Les maladies chroniques non transmissibles constituent de nos jours un problème croissant de santé publique dans toute la Région africaine et représentent une charge socioéconomique importante pour les pays à faible revenu comme le Niger empêchant l'atteinte des OMD.

Dans la région Africaine, les MNT ont été responsables du décès de 2.8 millions de personnes en 2008. Selon ces mêmes projections, les décès des suites de ces affections représenteront 65 % des décès dans le monde d'ici à 2020, alourdissant ainsi la charge déjà considérable des maladies transmissibles. La charge croissante de ces maladies dans cette région menace donc de submerger des services de santé déjà sollicités à l'extrême.

Selon les projections de l'OMS :

- ✓ Le cancer: 2020 est de 804 000 cas avec 626 400 décès en 2020 ;
- ✓ Les maladies cardiovasculaires : 20 millions de personnes seront affectées, surtout en zones urbaines avec 250 000 décès/an ;
- ✓ Le diabète : Augmentation attendue de 18.7 millions en 2025 ;
- ✓ La consommation du tabac : 80 % des 8.3 millions des décès liés au tabac prévus en 2030 surviendront dans les pays pauvres;
- ✓ Le reste des décès serait dû à la drépanocytose, aux accidents de la route, aux affections mentales, à l'alcool et à la drogue.

Malheureusement, les MNT ne sont pas généralement perçues comme un problème de développement ni considérées comme susceptibles d'avoir une incidence significative sur le plan économique. D'où le peu d'intérêt que bon nombre de gouvernements accordent à la prévention et à la lutte contre ces pathologies, qui ne bénéficient d'ailleurs pas dans les politiques et programmes de santé d'une attention prioritaire.

### **III. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL, POLITIQUE ET ECONOMIQUE NATIONAL**

#### **1. Situation administrative et démographique**

La population du Niger est composée de plusieurs groupes socio-linguistiques qui vivent en harmonie. Ce sont les : Haoussa, Zarma-Songhay, Touareg, Peulh, Arabe, Kanuri, Gourmantché, Toubou et Boudouma.

Les différentes religions pratiquées au Niger sont: l'islam, le christianisme, l'animisme et le Bah'i. La plupart dispose d'associations qui sont leur porte-voix auprès des autorités et de la société. La tolérance religieuse est de règle

et les différentes associations œuvrent constamment dans ce sens. Chaque groupe socio-linguistique se distingue par sa propre organisation même si on note la présence de pratiques socioculturelles transversales. La famille demeure l'unité centrale de l'organisation sociale traditionnelle.

Le Niger compte plusieurs organisations socioprofessionnelles : les ONG, les associations de femmes, les associations des jeunes, les syndicats, les partis politiques, les associations confessionnelles etc.

Selon la projection démographique du RGP/H 2001, la population du Niger est estimée en 2012 à 16 274 738 habitants, dont 80 % résident en zone rurale. La densité moyenne de la population est de l'ordre de 10 habitants/km<sup>2</sup> avec une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75 % de la population vit dans moins de 40 % du territoire national, environ 15 % est nomade. Plus de la moitié de la population (52.09 %) a moins de 15 ans, tandis que la population âgée de plus de 65 ans ne représente que 2.56 %. La proportion des femmes est de 50.1 % (RGP/H 2001 mise à jour en 2006). L'espérance de vie est de 57.2 ans.

Bien qu'en légère régression (7.5 enfants/femme en 1988), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7.4 enfants/femme (EDS 2006), constituant une préoccupation majeure pour la santé aussi bien des femmes que des enfants. Il induit un taux d'accroissement démographique de 3.3 % par an, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant de ce fait la paupérisation du pays. Le taux global d'alphabétisation est de 20 %. Le taux de scolarisation dans le primaire est de 84,9 % chez les garçons et de 67,3 % chez les filles (Cf Annuaire statistique du MEN/A/P/).

Le contexte politique et administratif se décline selon un multipartisme intégral et une décentralisation qui incluent :

- Une dimension administrative et politique à travers la réorganisation de la carte administrative et le transfert de certaines compétences de l'Etat aux entités décentralisées ;
- Une dimension sociale notamment par la dévolution de certaines responsabilités à des acteurs non étatiques ;

- Une dimension économique avec l'émergence d'un secteur privé par la libéralisation et le désengagement de l'Etat des domaines concurrentiels.

Le Niger est découpé en huit (8) régions subdivisées en départements, arrondissements et communes. Les Collectivités territoriales (région, département, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration (Loi 2002-12 du 11 juin 2002). Seule la Commune, collectivité la plus proche des citoyens, est aujourd'hui opérationnelle. Elle est considérée comme l'entité la plus apte à assurer les services publics de proximité qui ne relèvent pas de l'Etat, de la Région ou du Département.

## **2. Situation géographique**

Le Niger est un vaste pays enclavé sahélo saharien (1.267.000 km<sup>2</sup>), en grande partie désertique (environ deux tiers du pays), souffrant d'une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et dans l'espace entraînant des crises alimentaires et nutritionnelles récurrentes.

Le pays s'étend de l'isohyète 0 à 700 mm. Pays enclavé, le Niger est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali.

Le Niger présente du sud au nord ; trois zones climatiques :

- la zone soudanienne : 0.9 % du territoire national. C'est la moins étendue et la plus arrosée. Elle reçoit entre 600 et 800 mm de pluie par an. C'est une zone à vocation agricole.
- la zone sahélienne : 34 % du territoire national. Elle se situe au centre recevant entre 200 et 500 mm de pluie par an. C'est une zone à vocation agro pastorale.
- la zone saharienne : 2/3 du territoire national. Cette zone ne se prête ni à l'agriculture ni à l'élevage.

Le Niger connaît un climat essentiellement tropical à quatre saisons :

- la saison des pluies : de juin à septembre, elle est caractérisée par des pluies orageuses et une assez forte humidité avec une température moyenne de 33 degré centigrade.

- la saison chaude sans pluie : d'octobre à mi-novembre avec une humidité relative et une température moyenne de 35 degré centigrade.
- la saison froide : de fin novembre à fin février avec des nuits très fraîches au cours desquelles la température descend parfois en dessous de 10 degré centigrade.
- la saison très chaude : de mars à fin mai, caractérisée par des vents brûlants. Les températures peuvent dépasser 46 degré centigrade à l'ombre et ne descendent pratiquement pas au-dessous de 25 degré centigrade la nuit.

Le réseau hydrographique est formé par un seul cours d'eau permanent : le fleuve NIGER qui traverse le pays sur 550 km dans sa partie sud-ouest. Ce dernier subit les effets de plusieurs cycles de sécheresse réduisant son débit aux environs de zéro au mois de mai. Dans l'Est du pays, la partie nigérienne du Lac Tchad a pratiquement disparu. Au sud-est et au centre des affleurements de socle rendent difficile l'accès aux nappes. Cependant on note des mares et des rivières semi permanentes relativement importantes comme la Komadougou Yobé au sud qui constitue des potentialités hydriques peu ou pas exploitées.

### **3. Situation et indicateurs socio-économiques**

Le Niger, pays enclavé, avec un PIB en 2008 de 5 322 millions d'U.S \$ pour un PIB moyen par habitants de 700 U.S \$ par an, a une structure économique très liée à l'activité agricole et d'élevage (près de 37 % du PIB en 2003), elle-même largement dépendante des conditions climatiques. Les secteurs industriel (15.4 % du PIB) et tertiaire (47.6 %) sont encore trop peu développés pour contrebalancer les conséquences socio-économiques des à-coups de la production agricole, surtout qu'au moins 80 % de la population active sont concentrés dans cette activité et que la monétarisation de l'économie est peu avancée. Dès lors, le revenu national par habitant et les conditions socio-économiques des Nigériens, dans un contexte de très forte poussée démographique sont très dépendants du secteur primaire.

Le Niger fait partie des pays les plus pauvres avec un PIB par habitant de 300 \$ US. Environ 63% des Nigériens vivent avec moins d'1 \$ par jour.

Au classement de l'Indice de Développement Humain (IDH) publié par le PNUD en 2009, le Niger occupe la 186<sup>e</sup> place sur 187 pays classés (Rapport IDH 2011). En tout état de cause, la condition socio-économique des Nigériens est précaire. Le PIB par habitant est l'un des plus faibles du monde, ayant même diminué au cours des années 1990 (1.4 %/an) du fait d'une croissance économique insuffisante et de la forte croissance démographique. Deux tiers au moins de la population de ce pays vivent en dessous du seuil de pauvreté. L'accès aux services d'éducation et de santé, pourtant reconnus comme deux piliers de l'amélioration de la condition socio-économique, rest inférieur comparé à d'autres pays de la sous- région. Le financement extérieur est vital pour le Niger, étant donné son niveau actuel de dépenses. Il représente environ 50 % des dépenses de l'Etat. Il est essentiellement composé des dons (aides budgétaires, aide aux projets), pour environ la moitié, de l'assistance PPTE (ressources dégagées par la remise de la dette extérieure) et de prêts. Le secteur minier sur qui reposent des espoirs fondés, ne participe actuellement qu'à hauteur de 4% à la richesse nationale produite.

#### **4. Transport et communication**

Le système de transport au Niger est dominé principalement par la route. Le réseau routier est constitué de 6540km de routes bitumées. Les distances entre les différents niveaux de référence dépassent parfois 200 km de pistes rurales sablonneuses et/ou rocailleuses. Il y a 26 aéroports dont 5 de rang international. Le réseau fluvial est constitué de 300 km de voie navigable.

Concernant le mécanisme de diffusion de l'information sanitaire, il existe au niveau des DRSP et districts, des services chargés de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé, des points focaux de programmes spécifiques en charge également de la communication.

La conduite des activités de communication souffre d'une insuffisance de ressources humaines et financières aggravées par l'absence de plan stratégique de communication. Ce qui se traduit par des insuffisances dans la transmission de l'information à tous les niveaux.

Il existe de nombreux documents de stratégies en matière de communication, pour l'essentiel focalisés sur les maladies prioritaires.

La communication pour un changement de comportement (CCC) concerne l'ensemble des structures d'offre de services qui doivent mener les activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'information.

Pour diffuser l'information, tous les canaux de communication (presse écrite, radios de proximité ou radios communautaires, télévisions, troupes artistiques pour ne citer que ceux-là) sont mis à contribution, tout comme les leaders d'opinion, les chefs traditionnels et les chefs religieux.

Au niveau communautaire, le Niger dispose d'une pléthore d'agents communautaires (RC) formés par les programmes verticaux (Paludisme, Ver de Guinée, Maladies Diarrhéiques, MTN etc.) plus ou moins opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes. Pour cela, il est nécessaire d'accélérer le processus d'harmonisation en cours, notamment le profil, le rôle, le statut juridique, un système de motivation, un suivi et une supervision formative régulière de ces RC. Il est surtout nécessaire d'assurer leur formation ou leur recyclage avec la mise à leur disposition d'outils de communication simples, explicites et ciblant les maladies chroniques non transmissibles.

#### **IV. CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL**

##### **1. Buts et priorité du système de santé**

L'objectif général que s'assigne le Niger est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des OMD liés au secteur santé. Le Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011 – 2015) aide à matérialiser le droit à la santé pour tous dans la mesure des ressources disponibles. Il facilitera notamment l'accès aux soins de la grande majorité de la population, y compris des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus démunis selon l'approche soins de santé primaires (SSP).

##### **2. Organisation du système de santé**

Le système de santé du Niger est organisé selon le modèle de la pyramide sanitaire préconisé par l'OMS. Il comprend trois niveaux :

- **Le niveau central** (chargé de l'appui stratégique) qui comporte l'administration centrale (dont trois (3) directions générales et dix-neuf (19) directions centrales), huit (8) Centres de référence nationaux spécialisés, quinze (15) programmes nationaux, trois (3) hôpitaux nationaux, une (1)

maternité nationale de référence, trois (3) Ecoles et Instituts Publics de Santé, des EPA notamment pour la production, le contrôle et la gestion des médicaments ainsi que des Etablissements Publics à Caractère Scientifique et Technique ;

- **Le niveau intermédiaire** (chargé de l'appui technique) qui comprend huit (8) Directions Régionales de la Santé Publique, six (6) Centres Hospitaliers Régionaux et deux (2) Maternités Régionales de Référence ;

- **Le niveau périphérique** (chargé de l'appui opérationnel) qui comprend quarante-deux (42) Districts Sanitaires, trente-trois (33) hôpitaux de district avec vingt-six (26) blocs opératoires fonctionnels, huit cent quarante-deux (842) centres de santé intégrés et deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-neuf (2 499) cases de santé. Il est prévu que 3 à 5 % des cases de santé soient transformées chaque année en centres de santé intégrés (PDS 2011–2015). La participation communautaire est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les organisations à base communautaire et les mutuelles de santé.

Au Niger, le secteur privé de la santé est peu développé et se concentre essentiellement dans les grandes villes. En 2011, on dénombre deux cent quatre-vingt-trois (283) établissements privés dont cinquante-sept (57) cliniques privées, trente-six (36) cabinets médicaux et cinq (5) hôpitaux privés sans but lucratif. A cela, il faut ajouter vingt-quatre (24) infirmeries de garnison militaires, seize (16) centrales d'achat et d'approvisionnement pharmaceutiques, un réseau de cent cinquante (150) pharmacies publiques et privées, quatre-vingt-neuf (89) dépôts communautaires et villageois. De même, il existe de nombreuses ONG qui interviennent dans le secteur de la santé. La médecine traditionnelle, reste le premier recours des malades, en milieu rural, dans un contexte où les traditions et la spiritualité sont extrêmement marquées. Ainsi, le Ministère de la Santé Publique, pour profiter de ces bénéfices mais aussi pour mieux réguler cette composante, a décidé d'intégrer la pharmacopée traditionnelle à la politique sanitaire et a créé, fin 2001, la Division de la Pharmacopée Traditionnelle, au sein de la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle.

En 2011, le taux de couverture sanitaire est de 47.6 % pour un objectif de 53 %, et le taux d'utilisation des soins curatifs est de 57.5 % pour un objectif de 65 %.

### **3. Les Ressources Humaines**

Le pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes est au niveau CSI de 71.4 % ; au niveau HD, 28.1 % et au niveau CHR de 50 % pour un objectif de 75 % en 2011 (DS 2011).

Malgré les efforts faits dans ce domaine, on remarque une insuffisance qualitative et quantitative en personnel. Les raisons évoquées pour expliquer cette situation sont liées aux difficultés de gestion des ressources humaines tant du point de vue recrutement, affectation que de redéploiement du personnel féminin.

La situation du personnel paramédical, bien que satisfaisante comparativement aux normes OMS, fait apparaître une répartition inégale entre le milieu rural et le milieu urbain. Au Niger, 80 % du personnel soignant se trouve dans les zones urbaines et 50 % des Centres de Santé Intégrés (CSI) ne disposent que d'un seul agent qualifié. Ceci contrarie fortement la qualité des soins.

Face à cette situation, le MSP s'est doté d'un Plan de Développement des Ressources Humaines pour la période 2011-2020 qui va constituer un cadre de référence pour la mobilisation des ressources humaines et des compétences du secteur. En 2011, 536 médecins, 1158 paramédicaux ont été recrutés dans le but d'améliorer le ratio du personnel au cours des prochaines années. (REP 2011).

### **4. Information sanitaire**

L'information sanitaire est indispensable à la prise de décisions éclairées pour améliorer la performance du système à tous les niveaux. Le Niger dispose d'un système d'information sanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs dès lors qu'il se limite aux seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé, ne prenant pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents

niveaux restent à améliorer notamment la mise à échelle nationale du tableau de bord du CSI introduit depuis 2008.

La collecte et l'analyse des données des MNT restent à améliorer par la mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs. L'accent sera mis aussi sur l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sur les MNT. Par ailleurs, la mise en place d'un Observatoire de la santé pour le suivi et l'évaluation constitue une priorité au niveau du MSP.

### **5. Produits médicaux**

En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de seize (16) centrales d'achat et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois (89). Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publiques et privées (le système publique étant assuré par l'ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en produits médicaux est le résultat de l'augmentation de la démographie et de l'extension de la couverture sanitaire.

Concernant l'acquisition des produits spécifiques des programmes de santé seuls l'entreposage et la distribution sont assurés par l'ONPPC lorsque des conventions spécifiques sont signées avec les acteurs concernés.

Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels est assez fréquent.

D'autres faiblesses relatives au secteur sont également à relever :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle mal assurée et la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés aggravée par une prescription irrationnelle
- L'insuffisance de financement aggrave l'indisponibilité en sang ;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- une application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments ;

- Une prolifération du marché illicite des médicaments ;
- Une insuffisance de logistique pour transporter des médicaments ;
- Une Insuffisance des produits bucco dentaires ;
- Le recours excessif aux soins à l'extérieur du Niger.

## **6. Financement de la santé**

Au Niger, la santé est financée globalement par trois sources : l'Etat, les partenaires extérieurs et les ménages. De 2001 à 2009, le financement de la santé par le budget de l'Etat est passé de 2791 F CFA à 3824 F CFA par habitant soit une augmentation de 4 %, insuffisant pour atteindre la norme OMS qui est de 34 \$ US (17 000 FCFA).

Le budget alloué au secteur de la santé est passé de 7.85 % en 2010 à 6.14 % en 2011. Situation qui montre que les efforts fournis jusque là sont largement en deçà des engagements internationaux auxquels le pays a souscrit, notamment la Déclaration d'Abuja qui recommande d'allouer 15% du Budget national au secteur de la santé. Les ménages demeurent la principale source de financement de la santé. Ils ont contribué à hauteur de 41.76 % en 2008 et 42.70 % en 2009.

L'appui extérieur est en baisse aussi bien en pourcentage de la dépense nationale de santé qu'en valeur absolue. Il est passé de 34.60 % en 2005 à 19.56 % en 2009. Cette situation pourrait s'expliquer par les difficultés soulignées lors des évaluations annuelles de la mise en œuvre du PDS 2005-2010 et qui sont le retard dans l'adoption des PAA, le retard dans le décaissement des fonds et le faible respect des engagements initiaux par les partenaires techniques et financiers.

Les pauvres consacrent en moyenne individuellement à la santé 1 439 FCFA, soit 2.3 % de leur revenu, contre 8 018 FCFA pour les personnes plus aisées, soit 3.6 % de leur revenu. Cette disparité est accentuée par le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé en général et aux MNT en particulier.

Il est également avéré qu'un mauvais état de santé contribue à la pauvreté par le paiement direct du coût des soins par le patient, accroissant d'autant la vulnérabilité : faute de protection sociale, les ménages assurent l'essentiel des paiements directs (97 % des dépenses).

Il est patent que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. Il est enfin largement reconnu que de faibles états de santé et de nutrition associés à une fécondité élevée constituent des facteurs clés de la pauvreté.

Au Niger, la mutualisation du risque maladie à travers les mutuelles de santé et autres types de système de prévoyance maladie, connaît un développement très timide. Seules les mutuelles des entreprises répondent aux définitions classiques de mutuelle de santé. Quant à l'assurance maladie, elle n'est pas suffisamment développée et reste encore le privilège de quelques organismes bilatéraux et multilatéraux qui souscrivent pour eux même ou pour leur personnel.

Le remboursement des prestations réalisées par le système de mutualisation de risque maladie reste encore marginale (2.17 %) de la dépense totale de santé en 2009. Le PDS en fait d'ailleurs l'une de ses priorités à travers son axe 7 relatif au financement de la santé.

La gratuité introduite au Niger en 2006 couvre les soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations prénatales et les cancers gynécologiques. Pour la protection de certains groupes vulnérables comme les personnes âgées, la mise en place d'un Fonds social de santé fait partie des priorités du PDS. Le Gouvernement s'est déjà doté d'une Politique nationale de protection sociale dont les objectifs principaux sont de contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes défavorisés et d'aider les populations à faire face aux risques les plus significatifs de la vie. (Ref projet de Politique nationale de protection sociale, mars 2011). Le financement de la santé est confronté aux contraintes majeures suivantes :

- Un sous-financement chronique du secteur malgré les efforts d'allocation réalisés ces dernières années ;
- La prépondérance des ménages dans le financement de la dépense globale de santé malgré la forte incidence de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité de la population ;
- La quasi-inexistence de systèmes de protection sociale, 99 % de la dépense des ménages en santé sont constitués de paiements directs ;

- Un financement public en hausse mais en deçà du niveau attendu;
- Une tendance à la dépendance vis-à-vis de l'extérieur ;
- Une centralisation persistante de la gestion des ressources ;
- Le sous financement du secteur est particulièrement manifeste pour les dépenses de médicaments/consommables, de prise en charge des soins et des coûts liés aux ressources humaines ;
- Le retard dans le remboursement des frais liés à la gratuité des soins.
- Le Cout élevé des évacuations sanitaires à l'extérieur du Niger.

**7. Les indicateurs sanitaires** : (Annuaire des statistiques sanitaires 2006)

- Taux de mortalité infantile : 123 pour 1000 ;
- Taux de mortalité infanto juvénile : 274 pour 1000
- Taux de mortalité maternelle : 7 pour 1000
- Indice synthétique de fécondité : 7,4 enfants par femme
- le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est supérieur à 80% depuis 2005.

**8. Leadership et gouvernance dans la lutte contre les MNT**

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS précédent, un mécanisme de planification et de suivi-évaluation des interventions a été développé. La fonctionnalité des différents organes mis en place à cet effet depuis la base (conseil de santé du CSI) jusqu'au niveau central (CTNS et CNS) semble satisfaisant pour ce qui est de la régularité des sessions. Toutefois, la qualité de leurs actions reste à renforcer surtout au niveau des CSI. Au niveau opérationnel, la mise en œuvre des différents programmes souffre d'un excès de verticalité fortement lié aux modalités d'intervention des PTF qui en assurent le financement. Aussi, arrive-t-il que les niveaux central et intermédiaire exécutent des activités du niveau opérationnel.

Mais, si l'élaboration des PDSD et des PAA offre l'opportunité de fondre aisément l'ensemble des activités dans une matrice commune, il n'en demeure pas moins que certains PTF continuent à concevoir leurs programmes spécifiques, à les mettre en œuvre et à les évaluer avec leurs propres ressources, humaines, financières et matérielles.

Il persiste par ailleurs des difficultés de coordination entre les différents programmes et directions centrales.

L'adoption d'un COMPACT pays devrait permettre d'améliorer la prévisibilité et l'efficacité des apports des différents acteurs dans la mise en œuvre du PDS sous un leadership plus affirmé du Ministère de la Santé Publique.

**En résumé**, l'analyse du système de santé fait ressortir les principales difficultés ci-dessous :

- a) L'insuffisance dans la décentralisation de la gestion des ressources (matérielles, financières, humaines et médicaments) liée à l'absence de critères réels de répartition des ressources entre les différents niveaux de la pyramide, et à l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership à tous les niveaux ;
- b) L'insuffisance dans la qualité du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), notamment dans la collecte des données des MNT ;
- c) La faiblesse dans la coordination des actions de santé liée à une insuffisance de communication entre acteurs ;
- d) La faible implication des populations à la prise de décision en matière de santé, liée à la faible réactivité du système ;
- e) L'insuffisance de la collaboration intersectorielle ;
- f) La faiblesse dans la mutualisation des risques maladies ;
- g) Le retard dans le remboursement des frais liés à la gratuité ;
- h) L'insuffisance dans le système d'approvisionnement en médicaments, réactifs, vaccins et autres intrants ;
- i) La faible couverture sanitaire ;
- j) L'insuffisance du taux d'utilisation des soins curatifs.

Cependant, il y a **des opportunités** :

- L'existence d'une stratégie dans le cadre de la vaccination ;
- La signature du COMPACT pays ;
- Le recrutement de personnel de santé ;
- La réorganisation du système d'information sanitaire ;
- La prise en compte des MNT parmi les axes stratégiques du PDS 2011-2015 ;
- La prise en compte des MNT dans la Déclaration de Politique Générale de son Excellence Monsieur le Premier Ministre;

- La création par arrêté N°000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012 du Programme National de Lutte contre Les Maladies Non Transmissibles.

## **V. CONTEXTE NATIONAL DES MNT**

Le Niger est en phase de transition épidémiologique révélée par les statistiques sanitaires. Le fardeau croissant des maladies non transmissibles menace de submerger les services de santé.

Au Niger, jusqu'à une date récente, on ne dispose pas de statistique fiable en matière de maladies chroniques non transmissibles. Les études qui existent sont insuffisantes et ne permettent pas d'évaluer avec précision l'ampleur de ces maladies. Bien que les données relatives à l'ampleur et aux caractéristiques de ces maladies soient insuffisantes, les études et les estimations disponibles laissent apparaître une augmentation de leur incidence, surtout ces dernières années.

Le diabète et l'hypertension artérielle constituent aujourd'hui un sérieux problème de santé publique au Niger. Elles sont responsables de graves perturbations de santé et de décès précoces. Ces pathologies deviennent de plus en plus invalidantes, coûteuses et associées à de lourdes complications avec des répercussions sur la famille, la communauté et le pays.

L'enquête STEPS réalisée en 2007 au Niger sur la prévalence du diabète, de l'hypertension artérielle et les facteurs de risque des maladies chroniques a porté sur la population générale, ciblant les adultes âgés de 15 à 64 ans.

Cette enquête a révélé que les maladies non transmissibles constituent un réel enjeu de santé publique au Niger. En effet 4.9% des adultes étaient des fumeurs, et d'après une autre étude réalisée par CARE-NIGER, en mai 2007 sur le tabac, plus de 70 % des foyers comptaient au moins un fumeur.

Selon l'enquête STEPS 57.6% des adultes ne pratiquaient pas du sport, 96.3% consommaient moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, 25.6% étaient en surcharge pondérale ou d'obésité (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>).

Il existe de nombreuses maladies chroniques non transmissibles revêtant une importance pour la santé publique. Compte tenu de leur charge potentielle de morbidité et d'incapacité, le présent plan privilégie la prévention et le contrôle des pathologies suivantes : **le cancer, les maladies**

***cardiovasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques, la drépanocytose, la santé buccodentaire et le Noma, la santé mentale et neurologique et les violences et traumatismes.***

### **1. Le cancer**

Le cancer constitue de nos jours un problème de santé publique latent en Afrique et au Niger en particulier. Plusieurs facteurs concourent à cet état de fait : le changement du mode de vie lié à l'urbanisation et à la mondialisation avec une espérance de vie en hausse sur un terrain de contact prolongé avec des produits cancérigènes (uranium, amiante, fumée du tabac...), l'augmentation de la pandémie du VIH/Sida. A cela s'ajoutent les moyens limités pour le diagnostic des cancers et le bilan pré-thérapeutique chez les malades, le coût élevé de la prise en charge (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, diététo-thérapie...). L'accès aux soins comme l'utilisation de la morphine par voie orale, est également très limitée, de même que le personnel formé en soins palliatifs. Ce qui fait qu'un nombre important de patients meurent sans bénéficier de soins qui soulagent la douleur.

En plus de ces réalités, les campagnes de dépistage de masses des cancers comme ceux du sein, du col sont organisées de façon disparate et souvent limitées à la capitale par certaines ONGs et structures de santé.

Selon le registre du cancer du laboratoire d'anatomo-pathologie de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni Dioffo de Niamey créée depuis 1992 les statistiques se présentent comme suit:

- La répartition par sexe est de : 2 179 hommes soit (42,56 %) et 2 940 femmes soit (57,43 %).
- La moyenne annuelle des cas de cancers notifiés selon les données disponibles est de 426 cas.
- Chez l'homme les cancers les plus fréquents sont : le cancer du foie, de la peau, le lymphome non hodgkinien, le cancer de la prostate, le cancer de la vessie.
- Chez la femme, ce sont : le cancer du sein, du col utérin, de l'ovaire, du foie, et de la peau.

Selon l'enquête STEPS réalisée en 2007, 21.3 % des adultes ont un risque élevé de développer une maladie chronique non transmissible

## **2. Le diabète**

Au cours des dernières décennies, le diabète sucré a émergé comme une maladie non transmissible majeure en Afrique subsaharienne et au Niger. L'OMS estime que plus de 180 millions d'individus souffrent de diabète dans le monde. En 2000, la prévalence du diabète dans la Région africaine était estimée à 7.02 millions d'individus affectés, dont 702 000 (10 % du total) atteints de diabète du type 1, et 6.318 millions (90 %) de diabète de type 2. En 2010, la mortalité pouvant être attribuée au diabète en Afrique subsaharienne était estimée à 6 % de la mortalité totale. Selon la Fédération Internationale du Diabète (FID), le nombre de cas de diabète va augmenter de 98 % en Afrique subsaharienne, passant de 10.2 millions en 2010 à près de 19 millions en 2030.

Au Niger, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec l'OMS, a organisé en juillet 2002 une enquête nationale sur la prévalence de l'HTA, du diabète et des leurs caractéristiques. Selon les résultats de cette enquête :

**X %** des sujets ont un taux de glucose > à 1.1g, 68 % des sujets diabétiques sont âgés de 15 à 44 ans. 57 % des sujets diabétiques sont de sexe féminin ; 93 % des sujets diabétiques ne pratiquent pas du sport , 11 % des sujets diabétiques sont obèses et 100 % des sujets diabétiques ont leur base alimentaire constituée de céréales ;

Selon la même source, la mortalité intra-hospitalière publique et privée liée au diabète est de 17.75 %.

Une autre enquête (STEPS) réalisée en 2007 a mis en évidence une prévalence basée sur la concentration de glucose dans le sang à jeun de 4.3 % (glycémie  $\geq$  6.1 mol/L ou 110mg/dl).

Le taux de mortalité est plus élevé dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans, la frange de la population le plus économiquement productive.

Les patients diabétiques éprouvent d'énormes difficultés à se procurer des médicaments et à suivre correctement le régime diabétique. Ce qui n'est pas sans conséquences néfastes sur l'évolution de la maladie vers des complications souvent mortelles. Cette situation alarmante est aggravée par un manque de spécialiste dans la prise en charge des complications

métaboliques (réanimateurs) et dégénérative (podologues, chirurgiens vasculaires, ophtalmologues, cardiologues).

Par ailleurs, on note un déficit en infrastructures adaptées à la prise en charge de la pathologie. Les matériels de diagnostic et de suivi thérapeutiques sont également insuffisants. Enfin, le Niger ne dispose pas de centre de formation en diabétologie.

### **3. Les maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont toutes les pathologies qui touchent le cœur et les vaisseaux. Les principales MCV comprennent la maladie coronarienne (attaque cardiaque), l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'hypertension artérielle (HTA), la maladie artérielle périphérique, les cardiopathies rhumatismale et congénitale.

Ces maladies sont très meurtrières et causent quelques 12 millions de décès dans le monde. Ces maladies ont un grand impact socioéconomique sur les individus, les familles, les sociétés et les Etats, en termes de coûts des soins de santé, d'absentéisme et de perte de la productivité nationale.

Au Niger, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec l'OMS a organisé en juillet 2002 une enquête nationale sur la prévalence de l'HTA, du diabète et de leur caractéristique. En effet la prévalence de l'hypertension artérielle est de **8 %**, 65 % des hypertendus résident en milieu rural, 63 % ont une consommation modérée en sel, 90 % ne pratiquent pas de sport, 12 % sont obèses, 2 % sont diabétiques. Selon la même source, la mortalité intra-hospitalière publique et privée liée à l'HTA est de **12.25 %**.

L'enquête STEPS réalisée en 2007 notifie que **21.2 %** de la population adulte possède des chiffres élevés de pression artérielle.

Le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires ne se font que dans les formations sanitaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveau.

Le matériel de diagnostic et de suivi des patients reste encore insuffisant. En termes de disponibilité en médicaments, la plupart des molécules sont retrouvées sur le marché national mais leurs coûts élevés rendent leur accessibilité financière difficile. Le Niger compte environ **15 cardiologues** pour une population générale d'environ 16 274 738 d'habitants (RGPH projection 2012).

Les méthodes les plus efficaces pour réduire les risques dans l'ensemble de la population sont des interventions ciblant toute la population, combinant des politiques efficaces et globales de promotion de la santé contribuant à la diminution de la consommation de sel (arôme, ...), de graisses animales, augmentant l'activité physique et favorisant une alimentation équilibrée. Les personnes à haut risque et les personnes présentant déjà une maladie cardiovasculaire peuvent être traitées au moyen de médicaments génériques bon marché, qui réduisent sensiblement le risque d'accident vasculaire ou de décès, surtout lorsque ce traitement est associé à des mesures préventives telles que le sevrage tabagique. Ces interventions doivent s'accompagner de la création d'un service de cardiologie-diabétologie à HNN et HNZ et la formation du personnel cadre opérationnel.

#### **4. Les Maladies Respiratoires Chroniques (MRC)**

Les affections respiratoires chroniques évitables sont : l'asthme et les allergies respiratoires, la maladie pulmonaire obstructive chronique, les maladies professionnelles du poumon, le syndrome des apnées du sommeil et l'hypertension pulmonaire.

Selon la direction des statistiques, le nombre des cas rapportés des MRC de 2008 à 2010 se présentent successivement comme suit :

- Asthme : 6670, 6207, 9412
- BPCO : 26050, 27388, 46122.

Ces données montrent que le nombre des cas des affections respiratoires chroniques est en nette progression.

De multiples déterminants contribuent à aggraver l'incidence des affections respiratoires chroniques, mais l'exposition directe et indirecte à la fumée de la cigarette constitue le principal facteur de risque qui favorise leur propagation. D'autres facteurs sont la grande exposition à la pollution de l'air, les maladies professionnelles, la malnutrition et le faible poids de naissance sans oublier de multiples infections pulmonaires précoces.

Les facteurs allergiques déclenchant sont souvent évitables. La prise en charge des MRC passe par une bonne information du personnel médical, une bonne sensibilisation des malades allergiques et de leurs familles et la formation adéquate du personnel médical, et des allergologues.

## **5. La drépanocytose**

La drépanocytose est une maladie génétique héréditaire qui affecte l'hémoglobine des globules rouges. La drépanocytose est la 1<sup>ère</sup> maladie génétique mondiale, atteignant environ 50 millions de personnes. Selon L'OMS, chaque année 300 000 enfants naissent avec une anomalie majeure de l'hémoglobine et l'on recense plus de 200 000 cas en Afrique. Pour le continent Africain l'OMS indique une prévalence de 13%.

La drépanocytose a été reconnue comme problème de santé publique par les résolutions de l'Union Africaine, de l'OMS et des Nations Unies.

La drépanocytose constitue un problème majeur de santé publique au Niger avec une prévalence élevée estimée à 25% ([Guide de prise en charge CNRD 2009](#)).

Le dépistage systématique de la drépanocytose n'est pas une pratique courante, et le diagnostic est généralement effectué lorsque des complications graves surviennent. Pourtant les progrès de la prise en charge ont transformé le pronostic. Dans les pays développés, le conseil génétique, le dépistage des homozygotes SS avant la naissance, le suivi de ces enfants, l'information et le soutien de leurs familles ont permis d'atteindre une médiane de l'espérance de vie qui dépasse 40 ans. Ce qui permet aux patients drépanocytaires de fonder une famille.

Au Niger, il n'existe pas d'intervention de santé publique efficace à moindre pour la prévention et le contrôle de la drépanocytose.

En outre, les laboratoires capables de faire un diagnostic précis sont peu nombreux et concentrés dans les grandes villes. Les professionnels de la santé dûment formés sont peu nombreux, les centres de soins de santé spécialisés en nombre insuffisant, et les remèdes efficaces, les vaccins et la transfusion sanguine sans risque généralement non disponibles.

Pour parvenir à une meilleure santé des drépanocytaires, un Centre National de Référence de la Drépanocytose a été créé pour promouvoir la prise en charge médicale pluridisciplinaire harmonisée.

Pour réduire l'incidence des complications graves, un dépistage systématique puis un diagnostic effectué dès la naissance permettent d'identifier les diverses formes de syndrome drépanocytaires majeurs et d'instaurer une prise en charge précoce.

## **6. Les Affections bucco-dentaires et le Noma**

La carie dentaire et les maladies parodontales entraînent des infections oro-faciales et une perte de dents lorsqu'elles ne sont pas bien traitées.

Le Noma constitue une des formes les plus compliquées des maladies bucco-dentaires. Il s'agit d'une stomatite nécrosante, destructrice des tissus de la cavité buccale et des mâchoires. Elle se caractérise par une létalité de 70 à 90 % de façon générale. Il atteint surtout les enfants de moins de 6 ans, coïncidant avec la période de retard de croissance linéaire chez les enfants.

Au Niger de 2003 à 2011, **948 cas** ont été recensés selon le rapport activités des ONG avec une moyenne annuelle de 105 cas.

La présence d'une pauvreté étendue et du sous-développement en Afrique, plus particulièrement au Niger, signifie que les communautés sont de plus en plus exposées à tous les principaux déterminants environnementaux des maladies bucco-dentaires. L'exposition à la cigarette, à l'alcool, et certaines habitudes culturelles néfastes (Tatouages), sont reconnues comme facteurs d'augmentation de l'incidence des états précancéreux et du cancer buccal.

Les communautés défavorisées accèdent très peu aux soins essentiels de santé bucco-dentaire, et les soins de santé bucco-dentaire de qualité ne sont généralement accessibles que dans les zones urbaines à des coûts élevés.

En 2007, l'Assemblée mondiale de la santé (WHA 60.17) a convenu d'un plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des maladies, dans lequel l'usage du fluor, la promotion d'un régime équilibré, et l'organisation de services de santé bucco-dentaire appropriés, constituent certaines des orientations prioritaires.

Certaines interventions sont particulièrement avantageuses et économiquement efficaces comme : l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et de la nutrition, la promotion d'un allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de la vie, les soins prénatals optimums et la vaccination à temps contre les maladies courantes de l'enfant.

## **7. Les Maladies mentales**

Pour les systèmes de santé partout dans le monde, c'est un défi majeur que de soigner les personnes souffrant de troubles mentaux. Selon l'OMS pour la Région africaine, plus de 12.5% de la morbidité mondiale est due aux troubles mentaux qui touchent plus de 800 millions de personnes.

Les problèmes de santé mentale (10.5%) représentent la 3<sup>ème</sup> cause de DALY (nombre d'année de vie en bonne santé perdue) derrière les maladies infectieuses et parasitaires (22.9%) et les traumatismes (11%).

Les pathologies mentales les plus fréquentes sont : les troubles mentaux courants, la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dus au stress post traumatiques, l'usage et l'abus des substances psychoactives.

Il ressort des prévisions actuelles que, d'ici 2030, la dépression viendra en tête des causes de morbidité dans le monde.

Au Niger les études sont rares et parfois inexistantes sur la santé mentale, ce qui fait que cette pathologie dispose de données sous estimées qui ne reflètent pas la réalité du pays.

Selon la direction des statistiques, les nombres des cas rapportés des troubles mentaux de 2008 à 2010 se présentent successivement :

- L'Épilepsie : 427, 441, 587
- La Psychose aigue : 519, 709, 1361
- Les autres troubles mentaux : 1439, 1864, 2356

Sur le plan de l'infrastructure, le Niger ne dispose pas de structures spécialisées de prise en charge de la démence et de l'épilepsie. Les pathologies psychiatriques sont prises en charge dans les services psychiatriques des Hôpitaux.

Bien qu'on ne connaisse pas parfaitement les causes de ces nombreux troubles mentaux, on pense qu'ils sont influencés par une association de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux : évènements stressants, contexte familial difficile, pathologies cérébrales, problèmes génétiques, médicaux ou utilisation de substances psychoactives.

Un des challenges de ce plan serait d'introduire au niveau des soins de santé primaire la notion de soins de santé mentale.

## **8. Les violences et traumatismes**

Les traumatismes se subdivisent en deux groupes : les traumatismes on volontaires (Les accidents de la circulation, les brûlures, les chutes, les noyades et les intoxications) et les traumatismes volontaires ou violences (violence interpersonnelle, la violence collective et la violence autodirigée).

La région Africaine est particulièrement touchée par les accidents de la voie publique et la violence. Elle a un des taux les plus élevés de décès dus à la circulation dans le monde, 32.2 décès pour 100 000 habitants. La région a contribué à 20 % des décès dans le monde alors même qu'elle ne dispose que de 2 % des véhicules immatriculés dans le monde. Les accidents de la voie publique sont la 4<sup>ème</sup> cause de décès chez les 15-44 ans. Outre les décès, l'évolution non mortelle a aussi un impact significatif et comprend les traumatismes et les handicaps.

Les coûts économiques des accidents sont considérables. Selon l'OMS, les accidents de circulation coûtent à la plupart des pays entre 1 et 2 % du PIB. Le défaut de maîtrise de l'engin /choc à l'arrière, le non respect de la priorité, la circulation à gauche, le non respect de la distance de sécurité, le dépassement défectueux, le non respect des feux tricolores, des panneaux sont les cinq premières causes des accidents de la circulation.

Au Niger les nombres des cas rapportés sur les traumatismes et violences de 2008 à 2010 se présentent successivement comme suit :

- Accident de la voie publique : 23698, 20118, 29890
- Autre traumatismes non volontaires : 78412, 91331, 101669
- Traumatismes volontaires : 1483, 10041, 1628.

Bien que ces chiffres soient sous-estimés la situation est tout autant alarmante compte tenu du nombre sans cesse croissant.

## **9. Insuffisance rénale et maladies ostéo articulaires :**

L'insuffisance rénale chronique est la perte définitive des fonctions des reins. Lorsque les reins sont détruits, les moyens de traitement disponibles sont la dialyse et la transplantation rénale.

Le Niger n'est pas épargné par le fléau de l'insuffisance rénale chronique, qui est aujourd'hui un véritable problème de santé publique.

A ce jour, il existe un seul centre de dialyse au Niamey pour tous les malades insuffisants chroniques du pays.

Un deuxième centre est en construction à l'Hôpital National de Zinder. seulement **117 patients connus** sont sous dialyse. Chaque patient nécessite deux à trois séances d'hémodialyse par semaine. La dialyse permet aux patients de vivre avec leur maladie en espérant bénéficier si possible de la transplantation rénale qui est le traitement de choix de cette maladie.

L'insuffisance d'infrastructures, de personnel soignant et des médicaments dont les coûts sont exorbitants font que beaucoup d'être meurent sans bénéficier de prise en charge adéquate.

L'insuffisance rénale chronique est le plus souvent la conséquence de maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et le diabète, les maladies infectieuses et l'utilisation des produits traditionnels toxiques...

La prévention reste la véritable arme.

## **VI. LES FACTEURS DE RISQUE DES MNT**

Les principales maladies non transmissibles sont engendrées par l'exposition prolongée à plusieurs facteurs de risque.

Au nombre des facteurs de risque modifiables à la base de la plupart des cancers, des diabètes et des pathologies cardiovasculaires, figurent en bonne place le tabagisme, l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation excessive d'alcool, mais également des risques intermédiaires tels que l'obésité, la pression sanguine élevée, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie. Ces facteurs de risque intermédiaires prédisposent les individus aux principales MNT : les maladies cardiovasculaires (cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux), cancer, affections respiratoires chroniques et diabète.

La mondialisation et l'urbanisation sont autant de portes ouvertes à des modes de vie malsains (tabagisme et consommation abusive d'alcool, mauvaise alimentation et manque d'exercice physique) et à des changements de l'environnement (pollution de l'air). Les maladies non transmissibles sont dues à des comportements à risque courants. On estime que 80 % des

cardiopathies et accidents cérébrovasculaires prématurés et des cas de diabète de type II et 40 % des cancers, pourraient être évités si les personnes touchées avaient eu un régime alimentaire sain, avaient pratiqué régulièrement une activité physique et s'étaient abstenues de fumer.

Ces facteurs de risque ont les plus grandes répercussions sur la morbidité et la mortalité dues aux MNT. Ils peuvent être facilement mesurables et peuvent être modifiés grâce à une prévention efficace.

Les facteurs de risque des MNT contribuent fortement à l'apparition des maladies infectieuses surtout dans les pays en développement à forte mortalité. Ce qui signifie que la réduction des facteurs de risque diminue à la fois l'incidence des MNT et des maladies transmissibles.

A côté de ces facteurs, il existe des déterminants de la santé, qui sont interdépendants aux contextes politique, économique, social et environnemental et qui ne relèvent pas du secteur de la santé. Ces déterminants ont un impact direct sur l'état de santé de par leur influence sur les pratiques sociales, culturelles et comportementales telles que la consommation des aliments, l'usage du tabac, l'usage nocif de l'alcool et les drogues, l'inactivité physique, la violence, les relations sexuelles non protégées et autres comportements à risque.

La situation sur les avantages et les co-avantages de la réduction de risque des MNT montre la preuve d'une relation étroite entre les MNT, les affections qui leurs sont liées, leurs facteurs de risque et leurs déterminants sociaux.

Les stratégies pour réduire la prévalence des MNT doivent prendre en compte les différences sociales en matière de santé et traiter les facteurs fondamentaux responsables de ces inégalités. En outre, les stratégies pour réduire ces inégalités sociales dans la santé doivent aussi traiter la question des MNT spécifiques aux groupes vulnérables.

Les politiques sociales des autres secteurs devraient prendre en considération les facteurs de risque des MNT ainsi que leurs déterminants. Les efforts de prévention et de lutte contre les MNT devraient être fondés sur l'intégration de la santé dans toutes les actions politiques tels les accords de commerce internationaux qui doivent promouvoir et protéger la santé. Ainsi les bénéfices sur la santé peuvent être atteints beaucoup plus facilement en

influançant les politiques nationales dans les secteurs tels le commerce, la douane, l'éducation, le développement, le transport, l'agriculture et l'alimentation, l'urbanisation et la production pharmaceutique.

Les principaux facteurs de risque modifiables sont :

### **1. Le tabagisme**

Le tabagisme est la principale cause évitable de décès par les MNT.

Chaque année, environ 6 millions de personnes meurent d'une maladie liée au tabac comme les maladies cardio-ischémiques, les AVC, le cancer et les affections respiratoires. Le nombre annuel de décès liés au tabagisme pourrait atteindre 8 millions en 2030 à tel point que ces décès représenteront 10 % de tous les décès dans le monde.

Les fumeurs ne sont pas les seuls à se mettre en danger, ils exposent 1.8 milliard de non-fumeurs à la fumée secondaire qui entraîne de graves maladies cardiovasculaires et respiratoires, y compris les maladies coronariennes et le cancer du poumon. On estime que le tabagisme est responsable de 71 % des cancers du poumon, de 42 % des affections respiratoires chroniques et près de 10 % des maladies cardiovasculaires.

La lutte contre le tabagisme est basée sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dont les principales lignes directrices sont : l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de la publicité du tabac, la promotion et le parrainage, l'adoption de mesures financières et fiscales contre le tabac, la lutte contre le commerce illicite des produits du tabac ainsi que l'apposition d'avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes ou toutes autres formes de conditionnement.

L'augmentation des taxes sur le tabac demeure une mesure efficace dans beaucoup de pays développés. D'autres mesures innovantes comme le paquet neutre sont d'actualités.

Au Niger, l'enquête STEPS de 2007 sur les facteurs de risque a rapporté 4.9 % des adultes fumeurs. Il existe une loi antitabac et un décret d'application. En effet, depuis quelques années, le Niger a réalisé des progrès importants en matière de lutte contre le tabac par à travers cette loi. Elle requiert l'apposition d'avertissements sanitaires sur les paquets des cigarettes, interdit les formes de publicité du tabac, interdit de fumer dans les lieux

publics, donne mandat à la police sanitaire de rechercher, et réprimer les infractions à la loi antitabac et indique que les compagnies du tabac sont civilement responsables des dommages causés par la consommation de leurs produits.

## **2. La mauvaise alimentation, le surpoids, l'obésité et l'inactivité physique**

Au moins 2.8 millions de personnes meurent chaque année des suites d'un surpoids ou d'une obésité. Le risque de cardiopathie, d'AVC, de diabète, de certains cancers augmente proportionnellement avec L'IMC.

Au Niger, selon l'enquête STEPS sur les facteurs de risque réalisée en 2007, 25.6 % des adultes présentaient une surcharge pondérale ou obésité (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ; 3.8 %, présentaient une obésité (IMC  $\geq$  30).

Au cours des dernières décennies, il y a eu un changement important dans l'alimentation et le mode de vie des populations. Ce changement a influencé le type et la qualité de la nourriture consommée. Ce changement a été induit par des facteurs liés à l'urbanisation, la mondialisation et des changements dans les transports, la vie à domicile et au lieu de travail.

De nombreuses personnes consomment des quantités excessives d'aliments très calorifiques mais font très peu d'exercices physiques. Ceci explique en partie l'apparition croissante de surpoids et d'obésité.

Selon l'OMS, en 2005, plus d'un milliard de personnes à travers le monde étaient en surpoids et plus de 300 millions étaient obèses.

La faible consommation de fruits et légumes est une cause de décès en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La consommation insuffisante de fruits et légumes est estimée à l'origine d'environ 14 % des décès par cancer gastro-intestinal, environ 11 % des décès attribuables aux cardiopathies et environ 9 % des décès par AVC dans le monde.

Au Niger 96.3 % de la population a une consommation insuffisante en fruits et légumes. Les populations consomment beaucoup plus de sel déterminant important des maladies cardiovasculaires. Alors que l'OMS recommande la **consommation de 5 portions de fruits et légumes par jour.**

Le manque d'activité physique a été identifié comme le 4<sup>ème</sup> principal facteur de risque de mortalité globale (6 % des décès dans le monde). Environ 3.2

millions de décès par an dans le monde sont imputables à une activité physique insuffisante. La sédentarité accroît de 20 à 30 % le risque de mortalité, toutes causes confondues. L'inactivité physique est estimée être à la cause d'environ 21 à 25 % du fardeau du cancer du sein et du colon, 27 % du diabète et 30 % de l'ampleur de la cardiopathie ischémique.

Au Niger, 57.6 % des adultes ne pratiquent aucune activité physique.

Il a été démontré que la participation à une activité physique régulière réduit le risque de maladie coronarienne et d'AVC, de diabète de type II, d'HTA, de cancer du côlon, de cancer du sein et de la dépression. En outre, l'activité physique est un déterminant clé de l'énergie dépensée, et donc est fondamental pour l'équilibre énergétique et le contrôle de poids.

### **3. La consommation nocive d'alcool**

La consommation nocive d'alcool demeure l'un des principaux facteurs de risque évitable pour les maladies non transmissibles essentiels.

Les principales causes de décès attribuables à l'alcool en Afrique sont les traumatismes, le cancer et les maladies cardiovasculaires. La moitié des 2.3 millions des décès liés aux MNT soit 3.8 % de l'ensemble des décès dans le monde, sont dus à l'usage nocif de l'alcool.

Selon le rapport mondial sur l'alcool et la santé, la Région Africaine présente la prévalence la plus élevée de consommation élevée d'alcool (environ 21 %).

Au Niger, malgré que les résultats de l'enquête STEPS montrent des chiffres très bas : 0.6 % des hommes, 0.3 %, la consommation nocive d'alcool prend des proportions inquiétantes surtout à cause de la jeunesse. Elle est aussi citée en cause dans la majorité des accidents de circulation et des violences faites aux femmes et aux enfants.

Dans ce contexte, les options politiques les plus efficaces sont l'augmentation des taxes et l'augmentation de la couverture de l'alcool taxé. La réduction de l'accès au lieu de vente en détail, l'interdiction de la publicité sur l'alcool et l'organisation de courts programmes de conseils dans les centres de santé primaire sur la consommation nocive d'alcool sont également des mesures très efficaces.

## **VII. CONTRAINTES-DEFIS-OPPORTUNITES**

En matière de lutte contre les MNT, les principales difficultés sont de plusieurs ordres :

### **1. Des problèmes institutionnels :**

- L'inexistence de stratégie nationale, de plan /programme de lutte intégrés ;
- L'insuffisance de l'accès aux services des soins, de soutien, des soins palliatifs et de l'information sur la santé surtout par rapport aux MNT ;
- L'insuffisance dans la coordination des services de prise en charge des cas de MNT à tous les niveaux ;
- L'insuffisance d'exploitation des statistiques des causes de décès, une source importante de données, en raison de la qualité peu satisfaisante des certificats de décès.

### **2. Des problèmes structurels :**

- L'insuffisance de structures de prise en charge ;
- Le quasi absence des services spécialisés de prise en charge;
- L'insuffisance de la sensibilisation des professionnels de santé et des groupes vulnérables ;
- L'absence de mesures pour une assurance de qualité des prestations ;
- L'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ;
- Le retard dans le diagnostic ;
- L'absence de prise en charge sociale adéquate ;
- L'insuffisance de soins palliatifs ;
- L'insuffisance du système de suivi et évaluation.

### **3. Des problèmes organisationnels :**

- L'insuffisance dans le système d'information et de collecte des données au niveau des services hospitaliers ;
- L'insuffisance dans l'IEC pour un changement de comportement à travers des actions efficaces ciblées sur les comportements individuels, l'environnement social et économique, l'environnement physique ainsi que l'organisation des services de santé ;

- L'insuffisance d'information sur les facteurs de risque des MNT, notamment la lutte contre le tabac, la mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, la lutte contre les infections...
- L'absence d'organe officiellement constitué pour coordonner la recherche sur les MNT ;
- L'insuffisance de la formation médicale continue ;
- L'insuffisance de ressources matérielles et financières ;
- La répartition inadéquate des ressources humaines, matérielles et financières ;
- Le coût très élevé des frais médicaux (médicaments, examens complémentaires, chirurgie, évacuations sanitaires) ;
- Le problème d'assurance qualité en matière de gestion des médicaments ;
- L'insuffisance de coordination entre les différents intervenants dans la prise en charge ;
- Les problèmes de qualité des prestations de soins (pas de consensus sur des protocoles thérapeutiques, scientifiquement validés pour toutes MNT).

**Les défis à relever** sont :

- L'application de la Déclaration d'Abuja relative à l'augmentation du budget de santé (15 %) ;
- L'application des déclarations relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- La circulation de l'information sanitaire ;
- L'atteinte des OMD en matière de santé ;
- Le financement durable de la santé ;
- L'accès des populations les plus démunies aux services et soins de santé ;
- L'implication du secteur privé dans la lutte contre les MNT ;
- L'implication des communautés dans les activités de lutte contre les MNT.
- La collaboration intersectorielle dans la lutte contre les MNT.

**Les opportunités** :

- La Déclaration du sommet de haut niveau des Nations Unies sur les MNT de septembre 2011 ;
- La volonté politique, maintes fois exprimée par les autorités ;

- La lutte contre les MNT représente un des sous axes stratégiques du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015) ;
- La ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac en 2005 ;
- L'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi N° 2006-12 du 15 mai 2006 relative à la lutte antitabac et son décret d'application N° 2008-223/PRN/MSP du 17 juillet 2008;
- Le Décret N° 261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé ;
- L'arrêté N° 000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012 portant création, organisation et attributions du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) ;
- L'existence d'une politique nationale de protection sociale ;
- La construction d'un centre de prise en charge du cancer ;
- L'engagement de l'AIEA à soutenir le Niger dans le cadre de la lutte contre le cancer ;
- Les avancées significatives dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles.
- L'existence de la commission sociale de l'AN ou réseau de parlementaire
- L'existence d'un réseau de journalistes pour la santé.

# **PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES 2012-2016**

La démarche stratégique qui a prévalu à l'élaboration de ce document porte sur des maladies chroniques non transmissibles qui sont liées pour certaines à des facteurs de risque communs et dont les moyens de prévention sont connus et efficaces.

## **I. VISION ET MISSION**

La vision du programme est un Niger où la population bénéficie des soins préventifs, curatifs et promotionnels contre les maladies non transmissibles avec une pleine implication de la communauté.

La mission est d'assurer l'intégration des stratégies et interventions de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Sensibiliser au moins 95 % de la population générale sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque ;
- Réduire la prévalence des principaux facteurs de risque (consommation de tabac, sédentarité, mauvaise alimentation, surpoids et obésité) ;
- Promouvoir la mise en œuvre de la détection précoce des principales MNT (cancers, HTA, Diabète, de l'asthme, de la drépanocytose ; de l'épilepsie, des maladies buccodentaires... ;
- Renforcer les capacités de la prise en charge des cas de MNT (Prévention secondaire et tertiaire)
- Renforcer le partenariat et la mobilisation des ressources à la prévention des maladies chroniques non transmissibles.

### **III. LES PRINCIPES DIRECTEURS**

Les principales orientations stratégiques sont :

- Le développement et la mise en œuvre des politiques multisectorielles visant à prévenir les MNT et à promouvoir des modes de vie sains ;
- Le renforcement des capacités du système national de soins en matière de dépistage et de prise en charge diagnostique et thérapeutique des MNT ;
- Le renforcement de la couverture médicale sanitaire ?
- La mobilisation des ressources la prévention et la prise en charge les MNT ;
- La mise en place d'un cadre normalisé de suivi, évaluation des MNT et de leurs facteurs de risque ;
- Le renforcement de la gouvernance, du plaidoyer et du leadership ;
- le développement de la recherche-action dans les domaines des MNT.

Les interventions efficaces par rapport au coût sur les maladies chroniques non transmissibles évitables existent, et la plupart d'entre elles peuvent être réalisées au niveau opérationnel des soins de santé primaires.

La mise en œuvre de ce présent plan repose sur 4 axes stratégiques pour la période quinquennale 2012-2016.

### **IV. LES AXES STRATEGIQUES**

- Le renforcement de la lutte contre les MNT ;
- Le renforcement de la gouvernance, du plaidoyer et du leadership dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Le développement des mécanismes de financement dans le cadre de la lutte contre les MNT ;
- La promotion de la recherche sur les MNT.

#### **Axe 1 : Renforcement de la lutte contre les MNT**

Les actions prioritaires porteront sur :

##### 1. La prévention primaire :

a) Les actions d'IEC et de CCC se feront à travers la promotion de l'exercice physique, de l'alimentation saine, la lutte antitabac, la lutte contre l'usage nocive d'alcool, la sensibilisation sur les facteurs de risque ; la vaccination (hépatite B, pneumocoque, HPV...) ;

- b) Le dépistage et le diagnostic des MNT ;
- c) La formation des agents de santé, des ASC et relais communautaires ;
- d) La promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement.

2. La prise en charge des cas :

- a) Le renforcement des capacités des agents de santé (formation des formateurs, formation des agents de santé, élaboration des modules de formation et des protocoles de prise en charge des cas) ;
- b) le renforcement du plateau technique (acquisition d'équipements et de consommables, construction/réhabilitation des laboratoires et unités spécialisées) ;
- c) l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments et vaccins ;
- d) le renforcement du système de référence/contre référence ;
- e) l'intégration des aspects positifs de la médecine traditionnelle dans le système de soins de santé.

3. Développer l'aspect réadaptation et promotionnel.

4. La surveillance

- a) La collecte des données (Révision des supports de collecte de donnée du SNIS, formation des acteurs à l'utilisation des nouveaux supports, multiplication et mise en place des nouveaux supports) ;
- b) Le suivi des facteurs de risque.

**Axe 2 : Renforcement de la gouvernance et du leadership dans la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles**

1. La coordination des interventions :

- a) Le plaidoyer (partenaires, autorités) ;
- b) Le renforcement du partenariat et la multi-sectorialité ;
- c) L'intégration avec les autres programmes de santé.

2. Le renforcement des ressources financières et matérielles

3. La participation communautaire

4. Le suivi/évaluation :

- a) La supervision ;

- b) La gestion de l'information ;
- c) L'amélioration de l'archivage des données ;
- d) Le renforcement des capacités des acteurs ;
- e) Les évaluations à mi-parcours et final.

5. Le renforcement de la fonction de régulation :

- a) L'élaboration/révision des textes législatifs et réglementaires ;
- b) Le suivi de l'application des textes ;
- c) La Planification opérationnelle.

6. La contractualisation : la signature de contrats avec le secteur privé et les ONG.

### **Axe 3 : Développement des mécanismes de financement dans le cadre de la lutte contre les MNT**

1. La mobilisation des ressources :

- a) Le plaidoyer ;
- b) **La Table-ronde.**

2. Le financement alternatif :

- a) La gratuité des soins ;
- b) Les mutuelles de santé et les assurances maladie ;
- c) La création d'un Fonds social.

### **Axe 4 : Promotion de la recherche sur les MNT**

- 1. Le renforcement des capacités des agents en matière de recherche ;
- 2. La recherche (Recherche action, recherche fondamentale, recherche opérationnelle...) sur les MNT ;
- 3. La diffusion des résultats des enquêtes ;
- 4. Le développement du partenariat ;
- 5. La mise en place d'un fonds d'appui à la recherche.

## **V. CADRE OPERATIONNEL**

### **1. Cadre institutionnel**

Dans le cadre de la lutte intégrée contre les maladies chroniques non transmissibles, il est créé auprès du Ministre de la Santé Publique, par Arrêté N°000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012, un programme dénommé « Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) ».

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, rattaché à la Direction Générale de la Santé Publique, est chargé, en collaboration avec toutes les directions nationales et les autres programmes du Ministère de la Santé Publique et des secteurs connexes, de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique nationale en matière de lutte contre les maladies non transmissibles : affections respiratoires chroniques, diabète, cancers et maladies cardiovasculaires.

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles est dirigé par un Coordonnateur national et un Coordonnateur national Adjoint.

Il comprend en outre :

- Un secrétariat ;
- Un service administratif et financier ;
- Un service communication et mobilisation sociale ;
- Un service suivi-évaluation comprenant : une cellule Recherche une cellule Informatique et Statistique.

Le programme est en plus doté de personnel d'appui : plantons, chauffeurs, gardiens et manœuvres.

Il est créé au niveau de chaque région une coordination régionale du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, rattachée à la Direction Régionale de la Santé Publique.

Compte tenu du caractère multisectoriel de la lutte, il est mis en place un comité de pilotage (conseil) regroupant tous les autres intervenants concernés : Présidence, Assemblée Nationale, Primature, Ministères techniques, PTF, Société civile etc....

## **2. Cadre de mise en œuvre**

Pour la mise en œuvre, le Programme dispose de l'appui du :

- Programme National Santé Mentale ;
- Programme National de lutte contre les Maladies buccodentaires et le Noma ;
- Centre National de Prise en Charge de la Drépanocytose ;
- Centre National de Radioprotection ;
- Centre National de Traitement du Cancer ;
- Plan Stratégique National de lutte contre le tabac ;
- Plan Stratégique National en Nutrition ;
- Stratégie Nationale de médecine du sport ;
- Programme national santé de la reproduction-Direction des immunisations

La mise en œuvre se fera en collaboration avec des partenaires internes et externes.

Les partenaires internes seront essentiellement constitués des directions centrales du Ministère de la Santé Publique.

Les partenaires externes au MSP sont composés de :

- Tous les autres ministères,
- Certaines structures techniques: le Haut Conseil à l'Initiative 3N, l'OPVN (Office des Produits Vivriers du Niger), la société civile, des associations, les ONG, les Fondations, les organisations de bienfaisance, les associations des consommateurs, les Organisations des droits de l'Homme, les Organisations communautaires ;
- Des Partenaires Techniques et Financiers.

### **Niveau de mise en œuvre**

Les différents niveaux de mise en œuvre sont :

- **La coordination nationale** : elle doit planifier, coordonner, superviser et évaluer les différentes interventions et actions. Elle sera en outre chargée de la mobilisation et de la gestion des ressources. Les attributions des différents membres de l'équipe sont définies par l'Arrêté N° 000016/MSP/SG/DGSP du 25 janvier 2012

- **Le cadre formel de travail opérationnel** avec les coordinations des différents programmes et services spécialisés ;
- **Le niveau régional** : il doit assurer la mise en œuvre des interventions et des actions au niveau régional et le suivi au niveau district ;
- **Le niveau DS** : il doit assurer la mise en œuvre effective des interventions et actions et leur suivi au niveau CSI ;
- **Les structures de soins** : les structures de soins publiques et privées impliquées dans la prévention et la prise en charge des MNT feront des interventions à tous les niveaux ;
- **La communauté** : elle doit être impliquée dans tout le processus afin de garantir le succès des différentes interventions ;
- **Le lieu de travail** : le monde du travail du public comme du privé sera mobilisé en vue d'induire des changements durables au niveau du cadre de travail afin de réduire les habitudes nocives à la santé, prévenir les maladies chroniques liées au travail et promouvoir les pratiques favorables à la santé sur le lieu du travail ;
- **Le milieu scolaire et universitaire** : il s'agira de l'impliquer dans la lutte contre les MNT.

### **3. Suivi et évaluation**

#### **Le Suivi**

Le rôle du suivi est de systématiser les processus de collecte, d'analyser, de traiter et de diffuser l'information, d'identifier les problèmes et de proposer des mesures correctrices.

Le suivi régulier et périodique sera assuré :

- **au niveau central** par la Coordination du Programme de concert avec la Direction de la Lutte contre la Maladie à travers la Division des Maladies Non Transmissibles, et la Direction de la statistique MSP ;
- **au niveau régional** par l'équipe régionale : suivi des interventions au niveau de la région et du district sanitaire ;
- **au niveau du DS** par l'équipe cadre du DS.

## **L'évaluation**

Il est prévu une évaluation à mi-parcours en 2014 pour réorienter ou renforcer les stratégies et les activités au besoin ; et une évaluation finale (en fin de programme) pour mesurer les résultats obtenus. Cette évaluation sera participative. Une enquête STEPS sera effectuée pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats.

Il sera élaboré, dès la première année de mise en œuvre, un plan de suivi et évaluation pour la période des 5 ans.

## **4. Résumé du budget par axes stratégiques**

<b>Axes stratégiques</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Renforcement de la lutte contre les MNT	1 319 250	6253375	5406500	5783500	4033500
Renforcement de la gouvernance et du leadership dans la prévention et la lutte contre les MNT	452 500	656 750	634 750	513 750	562 750
Développement des mécanismes de financement dans le cadre de la lutte contre les MNT	13 000	13 500	13 500	13 500	13 500
Promotion de la recherche sur les MNT	0	45 000	45 000	3000	3000
<b>TOTAL</b>	1784750	6968625	6099750	6313750	4612750

(Les montants dans le tableau sont à multiplier par 1000)

Le coût du plan stratégique sur les cinq ans est estimé à **vingt-cinq milliards sept cent soixante-dix-neuf millions six cent vingt-cinq mille francs (25 779 625 000 F CFA)**.

## VI. CADRE LOGIQUE

Hierarchie des Objectifs	Hierarchie des résultats	Indicateurs O.V	Sources de vérification	Risques/Hypothèses
<b>Objectif général</b> Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles.	<b>Impact</b> Mortalité liée aux maladies chroniques non transmissibles est réduite	Taux de mortalité liés aux MNT	EDSN STEPS	
<b>Objectif Spécifique :</b>  <b>Réduire la prévalence des MNT et leurs facteurs de risque au sein de la population</b>	<b>Effets</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prévalence des principaux FDR est réduite d'au moins 10 % ;</li> <li>- La morbidité liée aux MNT est réduite d'au moins 5%</li> <li>- Mortalité intra hospitalière liée aux MNT est réduite</li> <li>- Niveau de Connaissance de la population sur les facteurs de risque des MNT amélioré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des jeunes et adultes qui fument</li> <li>- % des adultes ne pratiquant pas l'exercice physique</li> <li>- % des adultes consommant moins de cinq portions de fruits et légumes par jour</li> <li>- % des adultes atteints de surcharge pondérale</li> <li>- % des cas de MNT dépistés par les FS</li> <li>- % des cas de MNT pris en charge correctement</li> <li>- Taux de survie des malades atteints de cancer</li> <li>- % de la population ayant une bonne connaissance des FDR des MNT</li> <li>- % de ministères sectoriels ayant intégré la lutte contre les MNT dans leurs plans et programmes</li> </ul>	EDSN Enquêtes STEPS Enquêtes spécifiques Annuaire statistiques SNIS	Bonne Collaboration multisectorielle
	Axe 2 Une stratégie intégrée de plaidoyer pour les MNT est développée et mise en œuvre  Un comité de pilotage multisectoriel du programme est mis en place Un mécanisme de partenariat avec les OSC et les secteurs privés est mis en place	Stratégie intégrée de plaidoyer pour les MNT développée et mise en œuvre  Nombre de comité de pilotage multisectoriel du programme mis en place  Mécanisme de partenariat avec les OSC et les	Rapports de formation PV de réception	Disponibilité des ressources financières Forte mobilité du personnel formé Adhésion des agents de santé et des communautés à la lutte contre les MNT

Hiérarchie des Objectifs	Hiérarchie des résultats	Indicateurs O.V	Sources de vérification	Risques/Hypothèses
	<p>Les cross populaires interministériels pour la promotion de la santé sont organisés</p> <p>Les textes sur le bilan médical annuel des fonctionnaires et employés sont révisés</p> <p>Les supervisions intégrées avec les autres programmes de santé sont renforcées</p> <p>Des textes législatifs et/ou règlementaires pour la subvention des traitements des MNT (HTA, diabète) chez les personnes âgées sont élaborés/adoptés</p> <p>4 membres de l'équipe de coordination du PNLMT sont formés en management du projet/Programme de santé</p> <p>2 membres de l'équipe de coordination du PNLMT sont formés en suivi évaluation /GAR</p> <p>3 membres de l'équipe de coordination du PNLMT sont formés en passation de marché</p> <p>Deux réunions de coordination sont régulièrement organisées chaque année</p> <p>Deux voyages d'études sont organisés dans le cadre des échanges régionaux et internationaux</p> <p>La participation du programme aux réunions régionales et internationales est assurée</p> <p>Les ressources conséquentes sont allouées à la lutte contre les MNT par l'Etat</p> <p>Deux réunions du comité de pilotage multisectoriel sont organisées</p> <p>Les DRSP/coordinations régionales sont dotés en outils informatiques</p> <p>Le programme est équipé en matériels informatiques et bureautiques</p> <p>Le programme est doté de deux véhicules de pool et de supervision</p>	<p>secteurs privés mis en place</p> <p>Nombre de cross populaires interministériels pour la promotion de la santé organisés</p> <p>Nombre de textes sur le bilan médical annuel des fonctionnaires et employés révisés</p> <p>Nombre de supervisions intégrées avec les autres programmes de santé renforcées</p> <p>Nombre de textes législatifs et/ou règlementaires pour la subvention des traitements des MNT (HTA, diabète) chez les personnes âgées élaborés/ adoptés</p> <p>Nombre de membres de l'équipe de coordination du PNLMT formés en management du projet/Programme de santé</p> <p>Nombre de membres de l'équipe de coordination du PNLMT formés en suivi évaluation /GAR</p> <p>Nombre de membres de l'équipe de coordination du PNLMT formés en passation de marché</p> <p>Nombre de réunions de coordination organisées</p> <p>Nombre de voyages d'étude organisés dans le cadre des échanges régionaux et internationaux</p> <p>Nombre de réunions régionales et internationales auxquelles le Programme a participé</p> <p>Proportion du budget de l'Etat par rapport au budget du programme</p> <p>Nombre de réunions du comité de pilotage multisectoriel organisées</p> <p>Nombre de DRSP/coordinations régionales dotées en outils informatiques</p> <p>Nombre de matériels informatiques et bureautiques mis en place</p>		

Hiérarchie des Objectifs	Hiérarchie des résultats	Indicateurs O.V	Sources de vérification	Risques/Hypothèses
	<p>Le programme est doté d'une moto pour le planton</p> <p>Une table ronde pour le financement du plan stratégique est organisée</p> <p>Deux supervisions sont réalisées du DRSP vers les D.S</p> <p>Un site web d'information et de sensibilisation des populations sur les MTN, leurs FDR et les comportements et modes de vie favorables à la santé est créé.</p> <p>Un dispositif pour le suivi évaluation du PNLMNT est mis en place</p> <p>Trois ateliers de formation sur le dispositif de suivi évaluation est organisé à l'intention des cadres centraux, régionaux et sous régionaux</p> <p>une évaluation à mi-parcours du plan est organisée</p> <p>une évaluation finale du plan stratégique est organisée</p> <p>La réglementation sur la production, l'importation, la consommation, la commercialisation des boissons alcoolisées, les substances psychoactives, le tabac et les produits alimentaires est vulgarisée</p> <p>40 responsables de police sanitaire sont formés sur le contrôle des produits alimentaires</p> <p>Tous les médicaments essentiels pour la PEC des MNT sont intégrés dans la liste nationale de MEG</p> <p>Les textes législatifs et réglementaires sur la gratuité de la dialyse chez les enfants et les personnes âgées sont élaborés et adoptés</p>	<p>Nombre de véhicules de pool et de supervision acquis</p> <p>Nombre de moto pour le planton acquise</p> <p>Nombre de table ronde pour le financement du plan stratégique organisée</p> <p>Nombre de supervisions des DRSP vers les D.S réalisées</p> <p>Nombre de site web d'information et de sensibilisation des populations sur les MTN, leurs FDR et les comportements et modes de vie favorables à la santé créé</p> <p>Nombre de dispositif pour le suivi évaluation du PNLMNT mis en place</p> <p>Nombre d'ateliers de formation sur le dispositif de suivi évaluation organisé à l'intention des cadres centraux, régionaux et sous régionaux</p> <p>Nombre d'évaluation à mi-parcours du plan organisée</p> <p>Nombre d'évaluation finale du plan stratégique organisée</p> <p>Nombre de textes sur la réglementation sur la production, l'importation, la consommation, la commercialisation des boissons alcoolisées, les substances psychoactives, le tabac et les produits alimentaires vulgarisés</p> <p>Nombre de responsables de police sanitaire formés sur le contrôle des produits alimentaires</p> <p>Nombre de médicaments essentiels pour la PEC des MNT intégrés dans la liste nationale de MEG</p> <p>Nombre de textes législatifs et réglementaires sur la gratuité de la dialyse chez les enfants et les</p>		

Hiérarchie des Objectifs	Hiérarchie des résultats	Indicateurs O.V	Sources de vérification	Risques/ Hypothèses
		personnes âgées élaborés et adoptés		
	<p>Axe 3 Un mécanisme pour la mobilisation des ressources internes est développé (manifestation culturelles, sportives...).</p>	Montant mobilisé		
	<p>Axe 4 Une recherche action sur un projet pilote à assise communautaire en vue d'accroître la pratique d'activité physique, la consommation des fruits et légumes dans le cadre d'une alimentation équilibrée est réalisée</p> <p>5 agents de santé des centres spécialisés sont formés en matière de recherche 5 projets de recherche sont financés</p>	<p>Nombre de recherche action sur un projet pilote à assise communautaire en vue d'accroître la pratique d'activité physique, la consommation des fruits et légumes dans le cadre d'une alimentation équilibrée réalisée</p> <p>Nombre d'agents de santé des centres spécialisés formés en matière de recherche Nombre de projets de recherche financés</p>		

**REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :**

Document Amélioré

**ANNEXES**

Document Amélioré